

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS JOSÉ ASSEF YARA



Título: Evaluación del programa de cáncer de próstata en el área de salud Belkis Sotomayor.

Autora: Dra.Lisbet Sánchez Alfaro.

Tesis en opción al título de especialista de primer grado en Medicina General Integral

Ciego de Ávila

2019

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
JOSÉ ASSEF YARA

Título: Evaluación del programa de cáncer de próstata en el área de salud
Belkis Sotomayor.

Autora: Dra.Lisbet Sánchez Alfaro.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: MsC.Dra.Katia Villamil Fumero.*

MsC.Dra.TaniaGalbánNoa. **

*Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral.

Máster en Medicina del Desastre.

Profesor asistente.

**Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral.

Máster en Educación Superior.

Profesor asistente.

Tesis en opción al título de especialista de primer grado en
Medicina General Integral

Ciego de Ávila

2019

PENSAMIENTO:

... “ El principio no es curar enfermos, sino cuidar la salud de los hombres. No hay que esperar que la enfermedad llegue, hay que salirle al paso, hay que tomar la ofensiva, hay que prevenirla. Ya todo esto es un concepto nuevo. No se trata de darles servicios a los que se enferman, sino evitar que se enfermen, considerar la salud como el estado normal de la persona, defender ese estado de salud y solo excepcionalmente combatir la enfermedad cuando la enfermedad pueda romper todas las barreras que se le pongan delante “...

Fidel Castro Ruz.

AGRADECIMIENTO:

Deseo agradecer a todas las personas que de una u otra forma han permitido la realización de este trabajo y en especial a la Dra. Katia Villamil Fumerola cual me ha enseñado que en el camino del conocimiento todavía nos queda mucho por andar.

DEDICATORIA:

Y pensar que todo empezó de repente y el camino de la medicina se puso frente mío, ya como un anhelo; que día a día fue tomando fuerza y hoy se hace realidad el terminar esta especialidad, veo hoy el fruto de mi dedicación y mi esfuerzo realizado, en esta hermosa carrera, por lo que dedico este logro a:

A mi Virgencita quien siempre está presente en los momentos más difíciles.

A mi mamá quien representa en mi vida la mayor expresión de amor y bondad y por ser el faro que siempre ha guiado mis pasos.

A mi abuelo que aunque ya es un ángel que vela por mí en el cielo, sé que siempre está y estará cuidándome y guiándome pasó a pasó en esta carrera.

A mi tío y Bonilla por enseñarme que las cosas más importantes de la vida no se encuentran en un libro de medicina.

A mi familia la cual agradezco su confianza y apoyo brindado, demostrándome su inmenso amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos, quien me enseña lo bueno y lo malo del trabajo, además de seguir adelante siempre por la familia.

A Yarian por estar apoyándome, por ser mi compañero, mi amigo y mi confidente, por hacerme una mejor persona y mejor profesional.

Gracias

RESUMEN

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS) diseño observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de evaluar el cumplimiento de los protocolos del programa de prevención y control del cáncer de próstata en la policlínica Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila en el período comprendido de mayo de 2018 a febrero de 2019. Se seleccionó una muestra no probabilística e intencional la cual quedó constituida por 220 individuos de (pacientes diagnosticados con cáncer de próstata, los individuos incluidos en los grupos de riesgo de los tres CMF de la policlínica de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión expuestos, además de la totalidad de médicos de los GBT y personal de laboratorio clínico que asumen la realización del PSA) de un universo de 866. Se evaluaron los componentes estructura y proceso arrojando como resultados más relevantes la pobre realización de PSA en la población de riesgo así como en la población que se incluye en el programa, el adiestramiento del personal que labora en el mismo presentaba un nivel de preparación adecuado, además las investigaciones sobre esta temática en el área de salud no se corresponden con la prevalencia de la enfermedad. Los resultados se expresaron en números y porcentajes.

Palabras clave: cáncer de próstata, evaluación, programa de prevención y control del cáncer de próstata.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
▪ Resumen	
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	5
▪ Marco teórico.....	6
▪ Método.....	13
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	21
▪ Conclusiones.....	28
▪ Recomendaciones	29
▪ Referencias bibliográficas	
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

La población mundial se encuentra en un proceso de envejecimiento creciente y ello implica enfrentar diferentes retos; entre estos está la asociación con el incremento en la incidencia de cáncer. El cáncer de próstata (CP) constituye un importante problema de salud a nivel mundial y actualmente se le considera la neoplasia más común en hombres con más de 180 000 nuevos casos diagnosticados anualmente y una mortalidad de 31 000 hombres por año. Esta desigualdad se explica por el menor acceso de la población a servicios de salud y por la mayor exposición a factores de riesgo: tabaquismo, alcoholismo, aumento del índice de masa corporal, y mayor incidencia de procesos infecciosos asociados con el cáncer. ^(1,2)

En Europa el Cáncer de Próstata es la neoplasia sólida más común, el Cáncer de Próstata afecta más frecuentemente a los varones de mayor edad, lo que constituye una importante preocupación de salud en los países desarrollados. En estos países 15% de los cánceres en varones son Cáncer de Próstata, en comparación con 4% de los casos de cáncer en varones en países en vías de desarrollo. Para el año 2010 en Canadá se presenta 10% de mortalidad, ocupando el tercer lugar con una tasa estandarizada de mortalidad (TEM) de 13,5 por 100 000 habitantes. En Estados Unidos se encuentran datos de mortalidad de 10% con el tercer lugar y una TEM de 12,3 por 100 000 habitantes. ⁽¹⁾

El cáncer de próstata (CP) es el segundo tipo de cáncer más común en la población masculina del mundo, se estima que uno de cada 7 hombres será diagnosticado a lo largo de su vida con CP, y uno de cada 38 hombres morirá como consecuencia de este. Es el tipo de cáncer que con mayor frecuencia se diagnostica como consecuencia de la introducción en 1980 del test de antígeno prostático específico (PSA) como herramienta diagnóstica. ⁽³⁾

De igual manera, en Estados Unidos 6 de cada 10 hombres diagnosticados con cáncer de próstata son mayores de 65 años. Se estima que para el año 2030 halla 1,7 millones de casos nuevos de Cáncer de Próstata en el mundo, con una mortalidad esperada de 499,000 casos (29,3%). Durante la última década se ha observado una notable disminución en la mortalidad por Cáncer de Próstata en países desarrollados. ⁽⁴⁻⁶⁾

El estudio GLOBOCAN 2016 notifica que la incidencia del Cáncer de Próstata es variable en el contexto mundial: las tasas son más altas en países como Australia/Nueva Zelanda, América del Norte (ASR ----- por sus siglas en inglés 111,6 y 97,2 por 100,000 respectivamente) y en Europa Occidental y del Norte, debido a que la tamización con PSA y posterior biopsia se realizan de forma rutinaria. En países de América del Norte (Estados Unidos y Canadá) la mortalidad por CP ha disminuido a 4,3% y 3,1% respectivamente, y en países como Dinamarca, Noruega y Suecia (Europa del Norte) las tasas de mortalidad han venido en descenso desde el año 2014 hasta 3,1% por año; sin embargo, en países en vías de desarrollo la mortalidad por este se ha visto en aumento (aunque hay tendencias hacia el incremento en el diagnóstico, la mortalidad ha aumentado en países como Venezuela ----3,4% por año----, Costa Rica ----3,4% por año----, Chile ----2,8% por año----y Cuba ----5,5por año.^(7,8)

Con respecto al contexto mundial, Colombia cuenta con una de las incidencias de CP más bajas de Latinoamérica, y una proporción de 28% entre incidencia y mortalidad por el mismo, muy cercano al promedio mundial de 28,6% e inferior a países como Ecuador (40,41%), Perú (37,74%) y Cuba (46,65%).

En América Latina el Cáncer de Próstata constituye la neoplasia más común entre los hombres, con una incidencia de 52 350 casos para el 2015, en su mayor parte confinados a la próstata al momento del diagnóstico (69.4%).⁽⁹⁾

En el 2016 fueron diagnosticados aproximadamente 1, 665,540 nuevos casos de cáncer, habiendo alrededor de 585,720 defunciones por cáncer, casi 1,600 personas por día.⁽³⁻⁵⁾

El cáncer de próstata (CP) es el tercer más frecuente en Chile, con una tasa de incidencia de 145,3 x 100,000 habitantes masculinos, esta incidencia probablemente seguirá en alza por el desarrollo y mayor disponibilidad de mejores métodos diagnósticos.⁽¹⁰⁾

En México el Cáncer de Próstata ocupa el primer lugar con 16% de mortalidad y una TEM de 13,62 por 100 000 habitantes. Argentina y Brasil ocupan el segundo lugar con 13% de mortalidad y TEM de 18,63 y 17,98 respectivamente. En Colombia según el Registro Poblacional de Cáncer de Cali, se encontró una tasa de 59 por 100 000 habitantes para el periodo de 2014 - 2018 ocupando el tercer lugar con 14% en mortalidad de varones según

datos de cáncer de las Américas en perfiles de país 2015 y una TEM de 20,30.⁽⁹⁾

En México representó un total de 378 casos reportados, desde un 43,9% del total de casos. El año con un menor número de casos reportados fue 2014 con 6 casos y el año con un mayor número de casos reportados fue el año 2017 con 74 casos.⁽¹⁰⁾

El programa de vigilancia, epidemiología y resultados finales (SEER) estima que de todos los hombres diagnosticados con cáncer de próstata (el 14% de todos los casos de cáncer), el 5% fallecerá. Debido a la baja letalidad de los cánceres de próstata, la vigilancia activa supone una opción al tratamiento; sin embargo, laprostatectomía radical reduce el riesgo de metástasis a hueso, y además reduce la mortalidad de los pacientes⁽⁵⁾.

Ante esto, es necesario el uso de métodos que puedan identificar de manera acertada la posible recidiva; sin embargo, los métodos clínicos actuales a menudo fallan en predecir con éxito la recurrencia en los pacientes con un riesgo medio para recidiva de cáncer prostático. Entre los métodos predictivos se encuentra la puntuación CAPRA-S (Cancer of the Prostate Risk Assessment), evaluación creada por un grupo de la Universidad de California en San Francisco, con el cual se puede predecir fácilmente el riesgo, sin necesidad de tablas o de programas informáticos ha sido ampliamente validado en la predicción de recurrencia, metástasis y mortalidad por cáncer de próstata, a través de múltiples modalidades de tratamiento.⁽¹¹⁾

El cáncer de próstata, en Cuba, representó una tasa de 48,0 por 100 000 habitantes, lo que lo ubica como segunda causa de muerte por tumores malignos en el hombre, solo superado por el cáncer de pulmón. El número de casos nuevos por año ha aumentado de 1711 en 2012 a 2 703 en el 2016, lo que en términos de riesgo de enfermar significa un aumento relativo del 22,5 % en los últimos 10 años. El aumento del riesgo se encuentra fundamentalmente en los grupos mayores de 55 años, los que muestran las mayores tasas, tanto de incidencia como de mortalidad⁽⁵⁾.

Ciego de Ávila no difiere de las estadísticas que exhibe Cuba, al cierre del 2018 constituyó la segunda causa de muerte por cáncer en el sexo masculino con un aumento de un 15% con respecto a años anteriores en estudio realizado en la policlínica Norte de Ciego de Ávila en el año 2018.⁽¹²⁾ Se incrementaron los

casos con respecto a otros años, la policlínica Belkis Sotomayor, incrementó en 10 los casos con respecto al 2018 y 2019 para un incremento de un 19%, presentándose fundamentalmente en hombres con factores de riesgo como la edad mayores de 50 años, genética, antecedentes familiares, dieta rica en grasas y pobre en verduras, frutas y cereales, los cuales por dispenzarización ascienden a 13897 según departamento de estadística de dicha área.⁽¹³⁾

Los programas de prevención del cáncer de próstata aún no han tenido el éxito esperado y la única garantía para disminuir su impacto es el diagnóstico temprano en Cuba el Programa Nacional del Cáncer de Próstata conjuga los 3 métodos diagnósticos más utilizados mundialmente: el antígeno prostático PSA, el tacto rectal y la biopsia, Cuba enfrenta este problema de salud llevando a cabo un programa de salud, con grupos multidisciplinarios en cada provincia, en coordinación con los médicos de familia, pero aún el Cáncer de Próstata sigue siendo un problema de salud importante.⁽¹³⁾

Problema Científico ¿Se cumplen los protocolos del programa nacional de prevención y control del cáncer de próstata en la Policlínica Belkis Sotomayor?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el cumplimiento de los protocolos del programa de prevención y control del cáncer de próstata en la policlínica Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila en el período comprendido de mayo de 2018 a febrero de 2019

Objetivos específicos

1- Caracterizar la muestra según:

- Edad de los individuos enfermos
- Edad de los individuos de los grupos de riesgo

2- Evaluar en el componente estructura:

- recursos materiales
- recursos humanos

3- Valorar el cumplimiento de los protocolos para el componente proceso:

- Pesquisa pasiva (PSA) a todos los hombres con sintomatología de cáncer de próstata.
- Pesquisa activa a todos los hombres mayores de 50 años.
- Pesquisa pasiva a todos los hombres de 45 años con antecedentes familiares de primera línea de cáncer de próstata.
- Adiestramiento del personal que labora en el programa.
- Investigaciones realizadas en el área sobre el tema.

MARCO TEÓRICO

El cáncer de próstata es un problema de salud a nivel mundial. Su alta frecuencia, las implicaciones biológicas, el impacto emotivo y económico que acarrea en el paciente y sus familiares, hacen de esta enfermedad uno de los problemas de salud más discutidos a nivel médico-familiar y en la sociedad desde tiempos inmemoriales hasta la actualidad. ⁽¹³⁾

El cáncer de próstata es el resultado de la proliferación e invasión descontrolada de células tumorales que se originan a nivel de la glándula prostática. Supone el 20% de todos los tumores diagnosticados en el hombre, lo que le convierte en el más frecuente en el sexo masculino. A pesar de la alta frecuencia, presenta unas tasas de mortalidad inferiores a las de otros tumores, ya que en la mayoría de los casos se diagnostica en fases tempranas, y su curso natural es menos agresivo. ⁽¹⁴⁾

El cáncer es el resultado de mutaciones, o cambios anómalos, en los genes que regulan el crecimiento de las células y las mantienen sanas. Los genes se encuentran en el núcleo de las células, el cual actúa como la "sala de control" de cada célula. Normalmente, las células del cuerpo se renuevan mediante un proceso específico llamado ciclo celular: las células nuevas y sanas ocupan el lugar de las células viejas que mueren. ⁽¹⁴⁾

Pero con el paso del tiempo, las mutaciones pueden "activar" ciertos genes y "desactivar" otros en una célula. La célula modificada adquiere la capacidad de dividirse sin ningún tipo de control u orden, por lo que produce más células iguales y genera un tumor. Un tumor puede ser benigno (no es peligroso para la salud) o maligno (es potencialmente peligroso). Los tumores benignos no son considerados cancerosos: sus células tienen una apariencia casi normal, crecen lentamente y no invaden tejidos próximos ni se propagan hacia otras partes del cuerpo. Los tumores malignos son cancerosos. De no ser controladas, las células malignas pueden propagarse más allá del tumor original hacia otras partes del cuerpo. ^(15,16)

El cáncer de próstata es un tumor que tiene una gran heterogeneidad entre los pacientes, por lo que el comportamiento y la historia natural pueden ser muy

variables. En el momento del diagnóstico, nos podemos encontrar con pacientes con enfermedad localizada y un tumor de bajo grado a los que recomendamos mantener una actitud expectante y posponer el tratamiento, o pacientes con enfermedad diseminada a nivel visceral que abordemos con la combinación de terapia de privación androgénica (TDA) y quimioterapia.⁽¹⁵⁾

El cáncer de próstata se origina a nivel de las células glandulares prostáticas y el estímulo hormonal androgénico favorece su promoción y proliferación. Se han identificado alteraciones genéticas familiares que se asocian a una mayor incidencia de cáncer de próstata como son el BRCA 1-2 y el síndrome de Lynch. La evolución del cáncer de próstata pasa por una primera fase donde la enfermedad está confinada a nivel local.^(17,18)

En este momento, en pacientes con tumores de bajo riesgo y expectativas de vida menores a los 10-15 años, se puede optar por diferir el tratamiento ante la baja probabilidad del desarrollo de enfermedad metastásica que pudiera interferir en la calidad de vida del paciente. En cambio, en pacientes con una expectativa de vida superior o tumores con mayor agresividad habría que instaurar un tratamiento con intención radical. Si no se instaura un tratamiento local curativo o el paciente presenta una recaída tras este se puede observar una recaída a nivel serológico por elevación de PSA o desarrollar una enfermedad metastásica a distancia en las pruebas de imagen.⁽¹⁷⁾

El paciente que no ha recibido tratamiento sistémico es sensible inicialmente a un tratamiento hormonal que consiste en bloquear el estímulo androgénico que recibe el tumor. La duración de esta fase de hormono sensibilidad inicial es variable de un paciente a otro; sin embargo, prácticamente todos los pacientes progresarán a este tratamiento.⁽¹⁹⁻²²⁾

La siguiente etapa llamada resistencia a la castración, viene definida de nuevo por una elevación del marcador tumoral o un empeoramiento radiológico. Llegada esta fase, aunque se dispone de diversas opciones terapéuticas, el tumor experimenta un crecimiento exponencial con diseminación a distancia, en el que el paciente va a presentar síntomas relacionados con el tumor.

El objetivo en este momento será priorizar la calidad de vida del paciente mediante el tratamiento sistémico para disminuir la aparición de sintomatología asociada.⁽¹⁰⁾

¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de próstata? Un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de que usted padezca una enfermedad, como por ejemplo el cáncer. Sin embargo, los factores de riesgo no lo indican todo. Si se tiene uno, o hasta varios factores de riesgo, no necesariamente significa que se padecerá la enfermedad. La mayoría de los hombres que tienen uno o más factores de riesgo de cáncer de próstata nunca padecen la enfermedad, mientras que muchos hombres que la padecen no tienen factores de riesgo aparentes (excluyendo el ser hombre y de edad avanzada). Aun cuando un hombre con factores de riesgo padezca ese cáncer, resulta difícil saber cuánto pudieron haber contribuido estos factores. ⁽²³⁻²⁶⁾

Algunos factores de riesgo en una persona, no se pueden cambiar. Otros están relacionados con factores cancerígenos ambientales. Además, existen factores de riesgo relacionados con conductas personales tales como fumar, tomar alcohol y la alimentación. Algunos factores tienen más influencia sobre el riesgo que otros, y el riesgo de cáncer de próstata cambia con el transcurso del tiempo debido a factores como el envejecimiento o el estilo de vida. ⁽²⁷⁻²⁹⁾

La edad es el principal factor de riesgo. La incidencia de cáncer de próstata aumenta a partir de los 50 años, con el 60% de los casos diagnosticados en pacientes mayores de 65 años, la raza es más frecuente en personas de raza negra en comparación con caucásicos e hispánicos; además, la probabilidad de fallecer por cáncer de próstata también es mayor en esta raza, posiblemente en relación con factores dietéticos y genéticos. ⁽³⁰⁻³²⁾

Los antecedentes familiares de primer orden afectados de cáncer de próstata duplica el riesgo de padecer esta enfermedad a lo largo de la vida. Y este riesgo se incrementa conforme aumenta el número de familiares afectados, lo que sugiere un componente hereditario, aunque sea en un pequeño porcentaje de los casos, existen además los factores pero la identificación de los genes responsables supone todavía un desafío. Dentro de las alteraciones genéticas conocidas, habría que destacar las mutaciones en los genes reparadores del ADN, como BRCA 1 y 2 o ATM y el síndrome de Lynch. ⁽³¹⁾

La dieta en el desarrollo del cáncer de próstata no está clara, múltiples estudios han evaluado la relación de este tumor con diferentes alimentos. Un aumento

en el consumo de grasas animales tendría un efecto negativo frente a un efecto protector de alimentos de origen vegetal, en cuanto a la obesidad no se ha demostrado una asociación directa entre la obesidad y el cáncer de próstata, pero algunos trabajos han mostrado una asociación positiva entre ambas.⁽³³⁻³⁶⁾

El hábito de fumar en la mayoría de los estudios se ha demostrado que no es determinante, algunos han mostrado una asociación entre el hábito tabáquico y el desarrollo y pronóstico del cáncer de próstata, los niveles hormonales evaluados en algunos ensayos clínicos demuestran el papel de la quimio prevención del cáncer de próstata con finasteride o dutasteride. A pesar de esto, no se ha demostrado una asociación entre los niveles de andrógenos y el cáncer de próstata.⁽³⁴⁾

La prostatitis/inflamación de la próstata arroja resultados contradictorios entre los estudios que han evaluado la asociación de prostatitis y el cáncer de próstata. Además, no se ha podido demostrar una relación causa-efecto entre los fenómenos inflamatorios y el cáncer.⁽³⁷⁻³⁹⁾

Factores de riesgo inherente al paciente y al medio ambiente en que se desenvuelven: tales como consumo de alcohol, sedentarismo, sobrepeso y obesidad, dieta rica en grasas y pobre en verduras, frutas y cereales, síndrome metabólico y consumo de tabaco. Si bien está indiscutiblemente demostrado atenuar o eliminar factores como los descritos impactarán positivamente en la morbilidad y mortalidad del grupo estudiado, y reducirá significativamente la incidencia no hay evidencia que el impacto sobre el Cáncer de Próstata sea significativo.⁽³⁸⁾

En resumen, si bien se han identificado muchos factores potencialmente modificables, relacionados con la aparición y desarrollo de tumores malignos en la próstata, no existe aún evidencia de estrategias que logren reducir su incidencia de manera significativa.⁽⁴⁰⁻⁴³⁾

Al encontrarnos entonces ante una patología muy frecuente, responsable de la mortalidad de muchos hombres en todo el mundo, y sin herramientas para modificar su ocurrencia, se impone la necesidad de modificar, e idealmente detener su progresión una vez detectada, y para lograr este objetivo, el principal recurso con el que se cuenta hoy en día es el diagnóstico precoz, es decir, detectar a pacientes con Cáncer de Próstata clínicamente significativo, con enfermedad órgano localizada, y susceptible de ser sometido a un

esquema terapéutico con intenciones curativas. Lamentablemente este paciente es totalmente asintomático, por lo que debemos ir en su búsqueda a través de un tamizaje, estrategia que ha demostrado su utilidad en reducir las muertes por Cáncer de Próstata. ⁽⁴⁴⁾

Para orientar esta búsqueda hay que enfocar los esfuerzos en los grupos de riesgo, una vez identificado el grupo de riesgo se cuenta hoy con muchos métodos para aproximación y confirmación diagnóstica, de ellos los que debemos utilizar en la etapa de tamizaje están extensamente disponibles en toda la red de salud. ⁽²⁷⁾

Tacto Rectal, parte del examen físico segmentario que todo médico está capacitado para realizar, y que además de informar sobre una aproximación del volumen de la glándula prostática, es capaz de detectar anomalías tales como asimetría, nodulaciones, relación con estructuras vecinas y variaciones en la consistencia de la glándula, que pueden estar asociadas al CP. Si bien el rendimiento de este examen depende de la experiencia y práctica del examinador, es frecuente el hallazgo de lesiones evidentes que permiten iniciar una búsqueda dirigida, estimándose que con sólo esta exploración es factible el diagnóstico de un 65% de los Cáncer de Próstata en etapas precoces. Este examen cobra particular importancia en el diagnóstico de los tumores más agresivos, que debido a lo indiferenciado de su tejido, no es infrecuente que no exprese un aumento del Antígeno Prostático Específico (APE). ⁽²⁷⁾

Antígeno Prostático Específico, glicoproteína de síntesis exclusiva por parte de la próstata y utilizado como marcador tumoral en clínica por muchos años, y que presenta una gran sensibilidad (sólo no eleva sus niveles en tumores de alta indiferenciación) y de baja especificidad, ya que existen otras patologías (prostatitis) y condiciones (sonda uretrovesical) que también pueden elevar los niveles. El nivel de APE debe inquietar al médico si sobrepasa el nivel de 4,0 ng/ml, si presenta un aumento significativo sobre el nivel histórico del paciente, o si la densidad del APE (nivel de APE/ volumen próstata en ecotomografía transpélvica) es mayor a 0.15 (ng/ml) /cc de próstata. Ante estas situaciones es recomendable la derivación del paciente al Urólogo para confirmar la sospecha diagnóstica. ⁽¹⁵⁾

Otros marcadores, se han desarrollado en los últimos años biomarcadores que buscan mejorar la especificidad y la sensibilidad del APE, así como entregar

información respecto a la agresividad y el riesgo de progresión del Cáncer de Próstata. De ellos el más conocido que gradualmente está encontrando su lugar en la práctica clínica es el PCA3, determinación que se realiza en orina, y que no actualmente no tiene papel en el tamizaje. ⁽²⁷⁾

La epidemiología nos muestra que se reportan casos entre población menor de 45 años, por lo que existe acuerdo que el tamizaje debe ser considerado ya desde los 40 años de edad (desde los 35 años en pacientes de alto riesgo), y que por las bajas probabilidades de morir de Cáncer de Próstata debe considerarse su suspensión tras los 75 años. Sin embargo, no hay consenso sobre el intervalo, existiendo publicaciones de grupos serios que recomiendan desde el control anual hasta intervalos de 8 años. ⁽⁴⁾

El especialista dispone de una serie numerosa de recursos para confirmar o descartar el Cáncer de Próstata en los pacientes previamente seleccionados en el proceso de tamizaje como son el tacto rectal y la biopsia de próstata así como la ecografía transrectal, ecotomografía pélvica, tomografía axial computarizada y la resonancia axial computarizada, pero continúa siendo lo más importante la aplicación exacta y adecuada del programa nacional de prevención y control del cáncer de próstata por lo que es imprescindible para su correcto cumplimiento la realización de evaluaciones frecuentes. ⁽⁴⁵⁾

Las evaluaciones son vitales para el éxito de cualquier programa al medir y analizar el cumplimiento de los objetivos trazados. La más utilizada se basa en la evaluación de los tres componentes: estructura, proceso y resultados. ⁽¹³⁾

Durante los últimos años se ha fomentado dentro del proceso de gestión en salud un creciente interés en la evaluación de programas. En la actualidad y como parte de la política del estado cubano, se lleva a cabo en todo el país una profunda revolución en los servicios y programas de salud, encaminada a la búsqueda de la excelencia. ⁽²³⁾

Esta circunstancia, unida a las tendencias internacionales en ciencia e innovación tecnológica y la proyección estratégica del MINSAP, ponen de manifiesto la necesidad de continuar desarrollando investigaciones que aporten

resultados científicos respecto a estos servicios, de forma que contribuyan a la toma de decisiones correctas.⁽¹³⁾

La evaluación es un proceso que consiste en determinar y aplicar criterios y normas, con la finalidad de realizar un juicio sobre los diferentes componentes del programa, tanto en el estadio de su concepción, su ejecución, así como las etapas del proceso de planificación que son previas a la programación,⁽¹³⁾ por lo que en este estudio se plantea la siguiente **hipótesis**:

Una adecuada evaluación de los protocolos para los componentes de estructura y proceso del programa nacional para la prevención y control del cáncer de próstata, pudiera evidenciar irregularidades en el seguimiento y diagnóstico precoz de pacientes con esta patología en la policlínica Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS) diseño observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de evaluar el cumplimiento de los protocolos del programa de prevención y control del cáncer de próstata en la policlínica Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila en el período comprendido de mayo de 2018 a febrero de 2019. De un universo de 866: 54 pacientes con cáncer de próstata, 759 individuos pertenecientes al grupo de riesgo, 50 del personal de los EBS y 3 del personal del laboratorio, se seleccionó una muestra no probabilística e intencional la cual quedó constituida por de 220 individuos: pacientes diagnosticados con cáncer de próstata (54) los individuos incluidos en los grupos de riesgo de los tres GBT (113) de la policlínica de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión expuestos, además de la totalidad de médicos y enfermeras de los tres GBT (50) y personal de laboratorio clínico que asumen la realización del PSA(3).

Criterios de inclusión:

- Pacientes enfermos que den su consentimiento a participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Que el paciente presente algún tipo de retraso mental.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN:

Del nivel teórico:

- **Histórico - lógico:** Se concreta al estudiar los antecedentes históricos referentes a la evaluación de programas de salud y la situación actual de la problemática en cuestión, su evolución en el tiempo y su vigencia.
- **Análisis y síntesis:** Permite efectuar un análisis sobre la dimensión del problema objeto de estudio, para lograr a partir del análisis de situaciones concretas la síntesis de la información y aplicarla a la metodología propuesta.
- **Inducción – deducción:** Está presente en el abordaje del problema en estudio, partiendo de la problemática general existente para particularizarla en el ámbito local, de manera que se perfeccionen las estrategias para lograr una evaluación objetiva y efectiva del programa de salud.
- **Enfoque sistémico:** Permite el establecimiento de relaciones entre la información obtenida y las variables seleccionadas.

Del nivel empírico:

- Planillas de recolección de la información tanto para caracterizar la muestra como para la información relacionada con las diferentes variables.
- Revisión documental para informarnos adecuadamente sobre las actividades de capacitación e investigación relacionadas con la temática.

Diseño general del estudio

Para el diseño de la investigación se obtuvo el consentimiento de la dirección de la institución previa firma de un documento que lo acredita como una ISSS (Anexo 1) luego se comenzó con la explicación por parte de la investigadora de la importancia del estudio así como la firma del consentimiento a participar en dicho estudio a los pacientes con cáncer y a los que estén en los grupos de riesgo,(Anexo2),posteriormentese procedió a llenar las planillas de recolección de datos(Anexos 3, 4 ,5 ,6 y 7),que permitióobtener los datos sobre los componentes estructura (recursos humanos, recursos materiales)y el componente proceso).Los datos se extrajeron de las historias clínicas individuales y familiares, de los registros del laboratorio del área de salud y del departamento de estadística.

Como variables se analizólos componentes estructura en cuanto a recursos humanos y materiales, y proceso a través de pesquisa activa y pasiva de casos con sintomatología, los de los grupos de riesgo y los hombres de 45 años con antecedentes familiares de primera línea de cáncer de próstata mediante la prueba de antígeno prostático específico (PSA por sus siglas en inglés) y aplicación del sistema de clasificación según el algoritmo de control del cáncer de próstata.

Se confeccionaron guías para la recolección de la información y se tuvo en cuenta los componentes indispensables para el cumplimiento del programa; la información se extrajo del departamento de estadística y del laboratorio del policlínico, así como de las historias clínicas individuales y las fichas familiares en los propios consultorios del médico y la enfermera de la familia.

Operacionalización de las Variables

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Descripción	
Edad individuos enfermos	Cuantitativa continua	45 – 54 55 – 64 65 y más	Años cumplidos	Números y porcentos
Grupos vulnerables	Cualitativa nominal dicotómica	Si pertenece No pertenece	Mayores de 50 años, Hombres de 45 años con antecedentes familiares de primera línea Color de la piel negra, obesidad, factores relacionados con estilos de vida inadecuados como alcoholismo, dieta rica en grasas. No se encuentra dentro de los	Números y porcentos

			grupos de riesgos antes descritos	
Componente Estructura 3 GBT con EBS	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptable No Aceptable	Personal completos y entrenados en la temática prevención y control del cáncer de próstata	Números y porcentos

Componente Proceso: Pesquisa pasiva a los hombres con sintomatología de cáncer de próstata	Cualitativa nominal dicotómica	Si se cumple No se cumple	Pacientes con dificultad para la micción con síntomas obstructivos disminución del flujo urinario, nicturia, hematuria y metástasis ósea en casos avanzados. No se realiza	Números y porcentos
---	--------------------------------	--	---	---------------------

<p>Pesquisa activa a los hombres mayores de 50 años</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>	<p>Si se cumple</p> <p>No se cumple</p>	<p>Búsqueda por parte del EBS de los pacientes mayores de 50 años o que acudan espontáneamente a realizarse la prueba de PSA</p> <p>No se realiza</p>	<p>Números y porcentos</p>
<p>Remisión de los casos positivos a consulta de Urología</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>	<p>Si se cumple</p> <p>No se cumple</p>	<p>PSA normal, con sintomatología sugestiva de cáncer de próstata, >10ng/ml, resto ver anexo 7 (Algoritmo para prevención y control del cáncer de próstata).</p> <p>No se realiza</p>	<p>Números y porcentos</p>
<p>Adiestramiento continuo del personal que ejecuta el programa</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>	<p>Si se cumple</p> <p>No se cumple</p>	<p>Si la policlínica o la facultad de ciencias médica ofrecen cursos para el entrenamiento de todo el personal.</p>	<p>Números y porcentos</p>

Investigaciones realizadas en el área de salud con relación a la temática	Cualitativa nominal dicotómica		TTR, Tesis de Maestrías. No se realiza investigaciones sobre esta temática	Números y porcentos
---	--------------------------------	--	---	---------------------

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en números y porcentos, los resultados se compararon a partir de los indicadores operacionales contenidos en el Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer de Próstata.

Aspectos éticos

Consideraciones éticas

Se llevó a cabo un proceso de negociación con la población en estudio así como con los profesionales de la salud explicando detalladamente en qué consistió la investigación, demostrando en cada momento la importancia de su colaboración y veracidad al llenar la planilla de recolección de datos, así como la posibilidad de aportar cualquier elemento que resultara provechoso para corroborar los resultados, respetando la autonomía, teniendo en cuenta como premisa esencial el consentimiento informado, lo cual quedó explícito en el derecho a no participar en la investigación y al anonimato, así como a abandonar el estudio cuando lo estimase conveniente y por último estar de acuerdo con que los resultados de esta investigación puedan ser publicados.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

TÍTULO: Evaluación del programa de cáncer de próstata en el área de salud Belkis Sotomayor.

Tabla 1. Distribución por edades de los individuos enfermos.

Grupo de edades	N=54	
	No.	%
45 – 54	16	29,2
55 – 64	26	48,1
65 y más	10	18,5

Fuente: Planilla de recolección de datos (Anexo3,8).

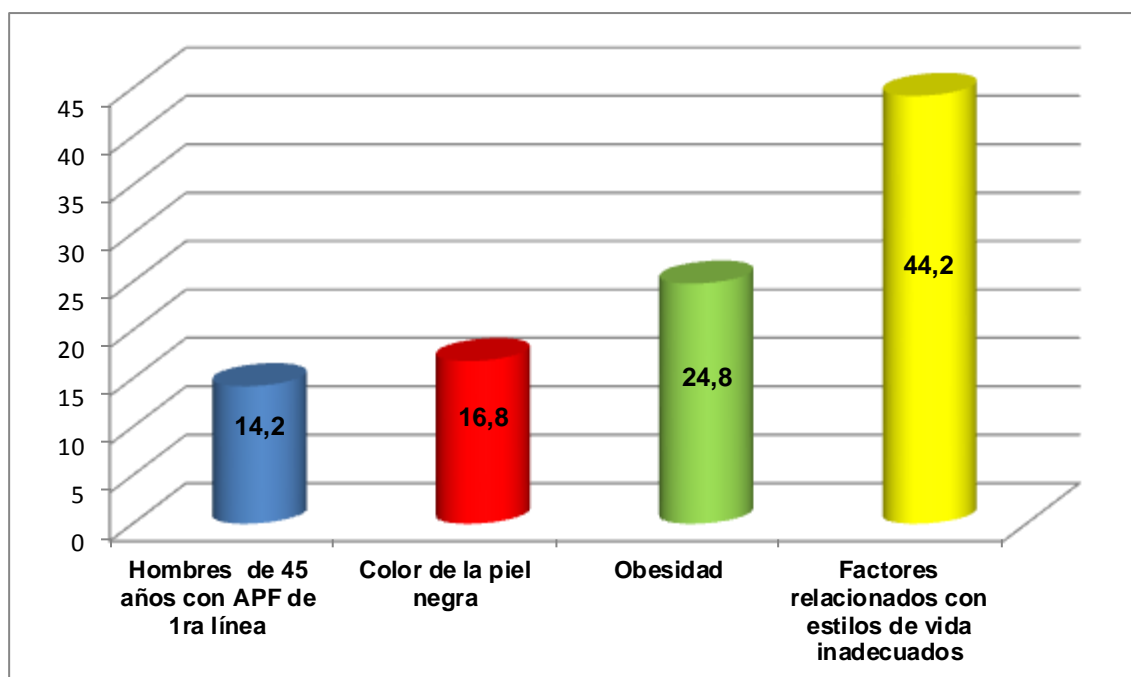
La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes enfermos según grupo de edades se pudo observar que de un total de 54 individuos enfermos, 16 se encontraban entre las edades de 45-54 años para un 29,2% del total, 26 se encontraban entre los 55 y 64 años de edad para un 48,1% del total, solamente 10 enfermos tenían 65 años o más lo que representa un 18,5% del total.

Para estudios similares en Cuba el porcentaje de hombres con edades entre los 55 y 65 años alcanza el 48,54% entre los pacientes con cáncer.⁽²¹⁾ Según estudios consultados en los que el 40,0% de los pacientes con cáncer y el 30,0% pertenecían al último grupo mencionado, siendo de esta forma el grupo más frecuente del estudio. Romero Pérez ⁽¹³⁾ reportan que los límites de edad fueron 65 y más años (promedio de 55 ± 12 años); el grupo etario más frecuente fue de 55 a 65 (32%) años.

Mientras Vinas MJ ⁽⁶⁾ alegan que a partir de los 65 años se diagnostican 10 hombres alcanzando un 5,0% entre los pacientes con cáncer, por demás para este aspecto como factor de riesgo en el estudio de México ⁽⁹⁾ encontraron cifras de solo un 10,3% de los pacientes con cáncer de próstata.

Tabla 2. Distribución de la población según grupos de riesgo

Grupos vulnerables	N =113	
	No.	%
Hombres de 45 años con antecedentes familiares de primera línea	16	14,2
Color de la piel negra	19	16,8
Obesidad	28	24,8
Factores relacionados con estilos de vida inadecuados como alcoholismo, dieta rica en grasas	50	44,2



Fuente: Planilla de recolección de datos (Anexo 4,8).

La tabla 2 muestra la distribución de edades de grupos vulnerables en la misma se pudo observar que 16 individuos se encontraban con 45 años con antecedentes familiares de primera línea lo que representa un 14,2% del total de dicho grupo, de los casos en el que se presentaron 19 individuos de piel negra para un 16,8% del mismo, mientras que solo 28 individuos le afectaba la obesidad para un 24,8% de este grupo, mientras que los factores relacionados con estilos de vida inadecuados como alcoholismo, dieta rica en grasas se encontraban 50 individuos que representaba un 44,24%.

Ramos G CH, Fulla, ⁽⁵⁾ en su estudio Detección precoz del cáncer de próstata, reporta porcentajes de antecedentes de 19,6% para los pacientes con cáncer y de 4,2% para los del grupo control.

En el estudio de Romero Pérez, ⁽¹³⁾ Control del cáncer en la Atención Primaria de salud: experiencias cubanas, se reporta un 16,5% para el primer grupo, mientras que en Ciudad de la Habana.

Romero Pérez ⁽¹³⁾ referente al cáncer de próstata alega que con antecedentes familiares de primera línea, color de la piel negra, obesidad, factores relacionados con estilos de vida inadecuados como, alcoholismo, dieta rica en grasas se reporta solo un 15,01%.

Bootlick ⁽¹⁷⁾ se reporta porcentajes similares de hombres afectados con esta patología que presentaron antecedentes familiares de primera línea y factores relacionados con estilos de vida inadecuados como, alcoholismo (66,01%), otro estudio realizado en Perú ⁽²⁶⁾ reporta una media mayor (14,0%), es conocido que en muchos de los países subdesarrollados, donde muchos hombres no cuentan con el seguimiento y diagnóstico adecuado.

Componente Estructura

Tabla 3. Evaluación de los recursos humanos.

Componente recursos humanos	Aceptable		No aceptable	
	No.	%	No.	%
Existencia de equipos básicos de salud completos	25	100	-	-

Fuente: Planilla de recolección de datos (Anexo6).

La tabla 3 muestra la evaluación del componente recursos humanos nos expone además que los tres GBT cuentan con sus 25 equipos básicos de salud es decir los médicos y enfermeras de la familia que ejecutan el programa de control de cáncer de próstata, controlan los factores de riesgo de la enfermedad y estimulan los cambios en los modos y estilos de vida este resultado coincide con lo publicado por Romero T. ⁽¹³⁾ en su trabajo programa integral para el control del cáncer en Cuba, Control del cáncer en la Atención Primaria de salud: experiencias cubana, donde se plantea que uno de los pilares del éxito del cumplimiento de los protocolos del programa de prevención y control del cáncer de próstata es la presencia de recursos humanos entrenados debidamente.

Tabla 4. Evaluación de los recursos materiales.

Componente recursos materiales	Aceptable		No aceptable	
	No.	%	No.	%
Disponibilidad en los laboratorios con equipamiento de alta tecnología.	1	100	-	-
Consultorios debidamente acreditados	25	100	-	-

Fuente: Planilla de recolección de datos (Anexo5,8).

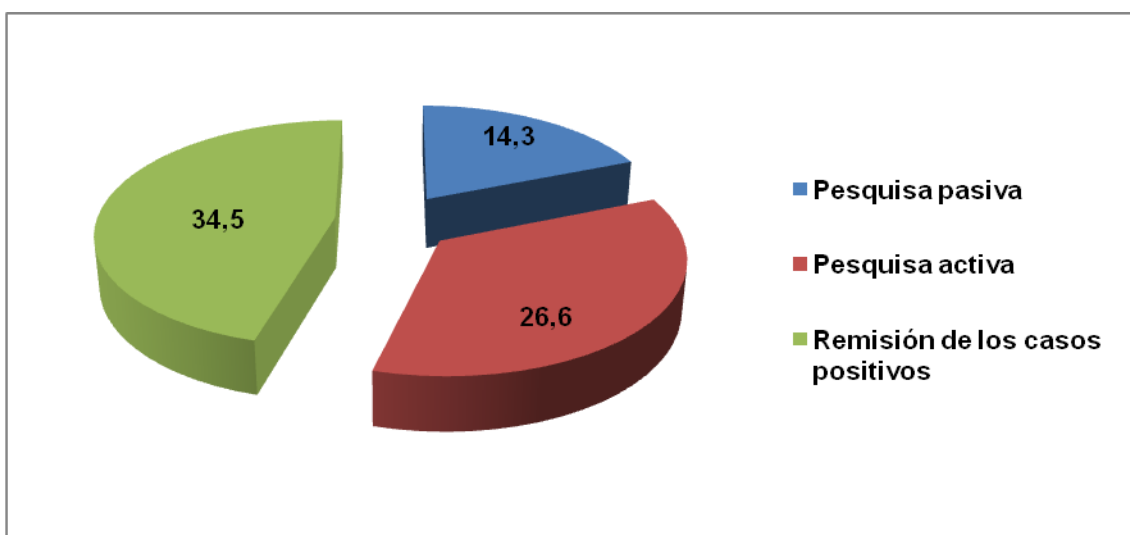
La tabla 4 muestra la evaluación del componente recursos materiales, el análisis de la estructura de los consultorios del área de salud en cuanto a los recursos materiales (disponibilidad de un local con condiciones de privacidad mínimas para la realización del interrogatorio y examen físico) permitió constatar que todos los consultorios tienen locales con las condiciones requeridas, por lo que se evaluó como aceptable este aspecto.

El Laboratorio del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila reúne las condiciones necesarias para la extracción de las muestras de sangre a los pacientes para el PSA y su posterior traslado al Laboratorio del SUMA, de ahí que este aspecto se evaluara como aceptable, este resultado coincide con lo publicado por Brito N, Villamil K, Galbán T, Gómez MR⁽¹²⁾ en el Policlínico Universitario Norte de Ciego de Ávila.

Componente Proceso

Tabla 5. Evaluación de la pesquisa (PSA) a los hombres incluidos en el programa

Pesquisa (PSA) a todos los hombres incluidos en el programa.	Aceptable		No Aceptable	
	No.	%	No	%
Pesquisa pasiva a los hombres con sintomatología de cáncer de próstata	7	14,3	42	85,7
Pesquisa activa a los hombres mayores de 50 años	24	26,6	66	73,3
Remisión de los casos positivos a consulta de Urología	10	34,5	19	65,5



Fuente: Planilla de recolección de datos (Anexo 3,8).

La tabla 5 muestra evaluación de la pesquisa (PSA) a los hombres incluidos en el programa, 113 dentro del componente proceso, la aplicación del sistema de clasificación según el programa de control del cáncer de próstata igualmente se evaluó como no aceptable; puesto que la pesquisa pasiva a los hombres con sintomatología de cáncer de próstata solamente 7 de los 113 para un 14,3% se realizaron el PSA.

En cuanto a la evaluación del componente proceso desde el punto de vista de la pesquisa activa mediante la realización de la prueba del PSA según lo establecido en el algoritmo del programa de control del cáncer de próstata (90 % o más de los pacientes) resultó no aceptable puesto que en ninguno de los consultorios incluidos en la investigación se indicó este examen en la proporción establecida, datos expuestos en la presente tabla.

El componente proceso en los consultorios de la policlínica se evaluó de forma general como no aceptable porque los dos aspectos que lo integran (pesquisa activa mediante realización de la prueba del PSA a los pacientes según establece el programa en el algoritmo de control del cáncer de próstata, y la aplicación del sistema de clasificación del propio algoritmo) resultaron deficientes y se evaluaron como no aceptables estos resultados coinciden el estudio realizado en la policlínica Norte de Ciego de Ávila por los autores Brito N, Villamil K, Galbán T, y Gómez MR,⁽¹²⁾ donde el 89% de la población incluida en el programa no realizaba el PSA.

Tabla 6. Evaluación de los procesos de capacitación e investigación.

Capacitación e Investigación	Si se Cumple		No se cumple	
	No.	%	No.	%
Adiestramiento continuo del personal que ejecuta el programa	5	0,2	20	0,8
Investigaciones realizadas en el área de salud con relación a la temática	-	-	-	-

Fuente: Planilla de recolección de datos (Anexo7).

La tabla 6 muestra la evaluación de los procesos de capacitación e investigación se puede observar que el adiestramiento continuo del personal que ejecuta el programa si se cumple con una periodicidad y sistematicidad frecuente en el período que se realizó la investigación se hicieron 5 entrenamientos y capacitaciones, se realizaron además cursos básicos sobre el tema donde el personal médico puede conocer el manejo adecuado de los protocolos del programa de cáncer de próstata; los mismos fueron impartidos por el departamento de docencia del policlínico y el servicio de Urología del Hospital Antonio Luaces Iraola, en cuanto a investigaciones realizadas en el área de salud con relación a la temática las mismas son pobres no cumpliéndose este aspecto del programa, este elemento negativo es de suma importancia puesto que investigar en el tema, permite datos descriptivos, exploratorios y de intervención que a posteriores servirán para evaluar los protocolos y el cumplimiento del programa de prevención y control del cáncer de próstata en el área de salud y a partir de esos resultados establecer políticas de salud encaminadas a elevar el ESP.

CONCLUSIONES

En el estudio encontramos que en el componente – estructura la policlínica cuenta con todo el equipamiento para llevar a cabo el programa; en cuanto al componente – proceso tenemos que existe una insuficiente realización del PSA en la población de riesgo y también en las capacitaciones y entrenamientos del personal con respecto a la temática, no así con la realización de investigaciones.

RECOMENDACIONES

- Presentación en el consejo de dirección de los resultados de la investigación.
- Realizar evaluaciones frecuentes para determinar fallas en el programa.
- Diseñar investigaciones que propicien el abordaje de esta temática en el área de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sedano-Basilio JE, Mayorga-Gómez E, Mayorga-Gómez G, Garza-Sainz V, Cornejo-Dávila I, Uberetagoiyena-Tello de Meneses AM, et.al. Epidemiología de los tumores genitourinarios en una década. Rev. Méx. Urol. [Internet] 2016; [citado 27 nov 2018] 76(3):131-140. Disponible en:https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S200740851600015X.pdf?locale=es_ES
2. Cruz-Martínez F, Trujillo-Hernández B. Métodos diagnósticos utilizados en la predicción de recurrencia en cáncer de próstata tras prostatectomía radical Rev. Méx. Urol. [Internet] 2015[citado 28 nov 2018]; 75(4):185-186 Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S2007408515000932.pdf?locale=es_ES
3. Bley VE, Silva WA. Diagnostico precoz del cáncer de próstata. Rev.Med.Clin Condes [Internet] 2016[citado 28 nov2018] 1; 22(4): 453-458. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0716864011704503.pdf?locale=es_ES
4. Luisa María Esquivel Parra, Ana María Caicedo Bolaños, Juan Manuel GuaitarillaSotoa y Herney Andrés García Perdomo, Una mirada general a los biomarcadores para la tamización y el diagnóstico temprano del cáncer de Próstata. Urol.Colomb. [Internet] 2017[citado 28 nov 2018]; 26(2):110-116. Disponible en:https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0120789X16300843.pdf?locale=es_ES
5. Ramos G CH, Fullá O J. Detección precoz de cáncer de próstata. Rev. MED Clic Condes. [Internet] 2015 [citado 28 nov 2018] 24(4): 654-659. Disponible en:https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0716864013702049.pdf?locale=es_ES

6. Vinas Casasola MJ, Fernández Navarro P, Fajardo Rivas ML, Gurucelain Raposo JL, Alguacil Ojeda J. Original Distribución municipal de la incidencia de los tumores más frecuentes en un área de elevada mortalidad por cáncer. GacSanit. [Internet] 2017[citado 28 nov2018]; 31(2):100–107. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0213911116302606.pdf?locale=es_ES
7. Cáncer de próstata y cáncer de testículo. GajateBorau T, Alonso-Gordoa Molina Villaverde R, Medicine [Internet] 2017[citado 28 nov2018]; 2(33): 1966-79disponible: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0304541217301166.pdf?locale=es_ES
8. Sáenz Medina J, Rodríguez Reina G, Vázquez Alba D JI. Martínez de Salamanca JI. Vela C, Carballido Rodríguez J. Patología prostática no tumoral. Hiperplasia prostática benigna. Prostatitis. Medicine [Internet] 2015[citado 28 nov 2018]; 11(83):4939-49 Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0304541215001791.pdf?locale=es_ES
9. MedlinePlus [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 20 Jun 2018; citado 11 Nov 2018]. Enfermedades de la próstata. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/prostatediseases.html>
10. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC [Internet]. Atlanta, GA: CDC; [citado 21 Jun 2018]. Concientización sobre el cáncer de próstata. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/Spanish/especialesCDC/CancerProstata>.
11. Álvarez Sintés .Medicina General Integral.3ed. aumentada y corregida La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
12. Brito N, VillamilFumero K, Galbán Noa T, Gómez Verano MR. Evaluación del algoritmo para el control del cáncer de próstata en el Policlínico

Universitario Área Norte de Ciego de Ávila. Rev. Med.ciego. [Internet] 2016 [citado 28 nov 2018] v: 22(No 3). [Aprox.10 pantalla] Disponible en <http://www.revmediciego.sld.cu>.

13. Romero Pérez T, Abreu Ruiz G, Luna Morales C, Sierra Pérez D, Gandul Salabarría L, Planas Labrada R. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Control del cáncer en la Atención Primaria de salud: experiencias cubanas [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017 [citado 3 Nov. 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentacion-tecnica&alias=378-control-del-cancer-en-la-aps-experiencias-cubanas-2009&Itemid=226

14. GLOBOCAN 2016 [Internet] Lyon: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer; 2016 [actualizado 14 Nov 2016; citado 6 Jun 2018]. Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2016; [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

15. PowSang M, Destefano Urrutia VA, Astigueta Pérez JC, Castillo Cádiz O, Gaona Morales JL, Santaella Torres F, Sotelo Noguerras RJ. Cáncer de próstata en Latinoamérica. Actas Urol.Esp. [Internet]. 2016 [citado 3 Ene 2018]; 33(10):1057-61. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aeu/v33n10/revision1.pdf>

16. Ferrer Casero E. Morfofisiología del sistema urinario. En: Sagué Larrea JL. Urología. La Habana: Ciencias Médicas; 2015.p.1-26.

17. Bootlick DG. Evaluating prostate needle biopsy therapeutic and prognostic importance. CA Cancer J Clin. 2017 [citado 10 jun 2018]; 47(5):297-319. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.47.5.297/full>

18. Portilla Fabregat I. Adenocarcinoma de la próstata. En: Valverde Medel M, Gómez Sampera A, Presmanes Fernández F, Morales Concepción JC, De la Cruz Sánchez M, Portilla Fabregat I, et al. Temas de Urología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. p. 224-33. [citado 3 Nov 2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/temas_urologia/completo.pdf
19. McNeal JE. The prostate and prostatic urethra: a morphologic synthesis. J Urol. 2018; 107(6):1008-1016.
20. Solidoro Santisteban A. Cáncer en el Siglo XXI. Acta méd. Peruana [Internet]. Ago. 2016 [citado 3 Nov 2018]; 23(2):112-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a11.pdf>
21. Barrios López Y, Perera Fernández F, Carvajal Beltrán II, Pérez Rodríguez A. Pesquisa de cáncer de próstata en 8 áreas de salud de la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. Mar 2015 [citado 3 Nov 2018]; 16(3):376-82. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n3/san10312.pdf>
22. Caballero Romeu JP, Palacios Ramos J, Pereira Arias JG, Gamarra Quintanilla M, Astobieta Odriozola A, Ibarluzea González G. Prostatectomía radical: comparación de los resultados obtenidos durante las curvas de aprendizaje de la técnica laparoscópica pura y de la técnica asistida por robot con la prostatectomía radical retropúbica. Actas Urol.Esp. [Internet]. Dic 2018[citado 3 Nov 2018]; 32(10):968-75. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v32n10/v32n10a04.pdf>
23. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Anuario Estadístico de Salud 2017 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2017 [citado 3 Nov 2018]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2015/06/anuario_2017.pdf
24. Universidad Mayor de San Marcos. Cirugía. Lima: Fondo Editorial de la UNMSM; 2018.

25. Bruzzi P, Green SB, Byar DP, Brinton LA, Schairer C. Estimating the population attributable risk for multiple risk factors using case-control data. *Am J Epidemiol.* 2015; 122:904-914.

26. American Cancer Society | Information and Resources about for Cancer: Breast, Colon, Lung, Prostate, Skin [Internet]. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2018 [citado 10 dic 2018]. Factores de riesgo del cáncer de próstata; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: [https:// www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html](https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html)

27. MedlinePlus [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 20 Jun 2018; citado 22 sep 2018]. Pruebas y exámenes para el cáncer de próstata; [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/prostatecancerscreening.html>.

28. Cáncer en español - National Cancer Institute [Internet]. Bethesda, MD: NCI; [citado 21 Jun 2018]. Tratamiento del cáncer de próstata (PDQ®) –Versión para pacientes; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/paciente/tratamientoprostata-pdq>.

29. Posada Fernández PE, Rodríguez Suárez A, Gómez Carro N, Torrecilla Díaz R, GuirolaMontejo G, Gómez Carro R. Estudio epidemiológico de la mortalidad por cáncer. *Medi.Ciego* [Internet]. 2015 [citado 8 jun 2018]; 6 sup 1: [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol6_sup1_00/articulos/a3_v6_supl100.htm.

30. Jemal A, Siegel R, Ward E. Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin.* 2018; 57(1):43–66.

31. IARC. World cancer report 2015. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018.

32. Pan American Health Organization. Health Statistics from the Americas.EE.UU: OPS; 2017.

33. INEGI. 4 de febrero, Día Mundial contra el Cáncer [Internet]. 2015[citado 12 Sep. 2018]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.dif.gob.mx/inegi/DiaMundialcontraCancer.pdf>

34. Errimen JL, Jones G, Walker D, Leung CS, Kapusta LR, Srigley JR. Multifocal high grade prostatic intraepithelial neoplastic is a significant risk factor for prostatic adenocarcinoma. J. Urol. 2016 Aug;182(2):485-90. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19524976>

35. Pan American Health Organization. Health Statistics from the Americas.EE.UU; 2015.

36. Baade PD, Youlden DR, Cramb SM, Dunn J, Gardiner RA. Epidemiology of prostatecancer in the Asia-Pacificregion. ProstateInt. 2015 [citado 2 feb 2018]; 1(2): 47–58. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814115/>

37. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Mortalidad 2018. Caracas, Venezuela, Disponible en:<http://www.mpps.gob.ve>

38. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos. Anuario Estadístico Nacional 2018. La Habana: MINSAP; 2018.

39. Belén Fernández, Carolina Pascual y José Ángel García. El Cáncer de Próstata en la actualidad. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 1, Núm. 2-3, 2018, pp. 181-190.

40. BahíloMateu MP, Ramírez Backhaus M, Trassierra Villa M, Di CapuaSacoto C, Arlandis Guzmán S, Jiménez Cruz JF. Características clínicas e histopatológicas del cáncer de próstata diagnosticado a partir de la tercera

biopsia. Actas Urol. Españolas. 2015[citado 2 mar 2018]; 32(10): 961-967. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008001000003&lng=es

41. Sturgeon CM, Diamandis EP. Guías de práctica del laboratorio clínico: Uso de marcadores tumorales en cáncer de testículo, próstata, colorrectal, mama y ovario. Capítulo 3. Acta Bioquím Clín Latinoam. 2016 [citado 2 mar 2018]; 47(2):435-452. Disponible en:

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572013000200020&lng=es.](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572013000200020&lng=es)

42. Regis L, Planas J, Celma A, de Torres IM, Ferrer R, Morote J. Comportamiento de la testosterona total y libre en suero como predictores del riesgo de cáncer de próstata y de su agresividad. Actas Urol. Españolas. 2015 [citado 24 mayo 2018]; 39(7): 573-581 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480615001217>

43. Matthew R. Neoplasias prostáticas. En: Smith DR. Urología General. 18 ed. México: Mc Grave Hell; 2015.p.350-379.

44. Pérez Martínez C, Ureta Sánchez SE, Vargas Díaz IB, Fragas R, Torres Luis O, Silva Herrera JM. El síndrome de andropausia: ¿qué es? ¿Cómo se trata? ¿A quién? Guía práctica de diagnóstico, tratamiento y vigilancia. Rev. Mex Urol. 2016; 63(2):65-74.

45. Sagué Larrea JL. Urología. La Habana: Ciencias Médicas; 2015.

Anexos

Anexo 1

Yo Dra. _____, solicito su consentimiento para la realización de una investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS) en su área de salud con el objetivo de evaluar el cumplimiento de los protocolos del programa de prevención y control del cáncer de próstata en la policlínica Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila en el período comprendido de mayo de 2018 a febrero de 2019.

Anexo 2

Consentimiento Informado

yo _____, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada Evaluación del programa de prevención y control del cáncer de próstata en la policlínica Belkis Sotomayor, Ciego de Ávila Se me informó la necesidad de participar en todas las actividades planificadas.

En caso de no desear continuar puedo voluntariamente retirarme, sin que esto constituya un problema.

Mi participación es voluntaria por lo cual y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto al, autor de la investigación que me brinda explicaciones.

A los _____ días del mes _____ de 2018

Anexo 3

Planillas para la recolección de la información

Planillas para recolección de la información a partir de las historias clínicas individuales y familiares en los consultorios del médico y la enfermera de la familia de los GBT de la Policlínica Universitaria Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila. Consultorio del Médico de la Familia (CMF) No.: _____ Historia Clínica (HC): _____ Edad del paciente: _____ Aspectos a precisar en las historias clínicas:

1. ¿Se recogen en las historias clínicas de los pacientes reportados en las hojas de cargo los síntomas o signos sospechosos de cáncer de próstata? Sí: _____ No: _____ Cuáles: _____
2. Los pacientes incluidos en los grupos de riesgo están dispensarizados y tienen su programación de consultas y terrenos en la historia de salud familiar Si: _____ No: _____
3. ¿Se le indicó la prueba del PSA a este paciente? Sí: _____ No: _____
4. ¿Está reflejado en la historia clínica el resultado del PSA? Sí: _____ No: _____
5. Si el resultado del PSA es normal y está reflejado en la historia clínica, ¿se indicó la realización del tacto rectal? Sí: _____ No: _____
6. ¿Están descritas las características de la próstata encontradas en el examen físico? Sí: _____ No: _____
7. Si el resultado del PSA es alterado, ¿se reflejó en la historia clínica la remisión del paciente a la consulta de Urología? Sí: _____ No: _____
8. ¿En las historias clínicas de los hijos y hermanos de los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata está reflejado este antecedente como factor de riesgo de la enfermedad? Sí: _____ No: _____
9. Entre los pacientes con antecedentes de cáncer de próstata en familiares de primera línea, ¿se indicó la prueba del PSA a los de 45 años y más? Sí: _____ No: _____
10. ¿Está reflejado en la historia clínica el resultado del PSA de estos pacientes? Sí: _____ No: _____

Anexo 4

Planillas para recolección de la información en el Departamento de Estadística de la Policlínica Universitario Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila. Pacientes reportados en las hojas de cargo de todos los consultorios de los tres GBT con cualquier diagnóstico cuya sintomatología pudiera hacer sospechar un cáncer de próstata. Consultorio del Médico de la Familia (CMF) No. _____ No. de Historia Clínica: _____ Nombre y apellidos del paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Anexo 5

Planillas para recolección de la información en el Laboratorio del de la Policlínica Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila. ¿El Laboratorio dispone de equipamiento para la realización de la toma de muestra de sangre para PSA y su traslado al Laboratorio del sistema ultramicroanalítico (SUMA)?

Jeringuillas Sí: _____ No: _____ · Algodón Sí: _____ No: _____ ·
Guantes Sí: _____ No: _____ · Agujas Sí: _____ No: _____ ·
Pipetas Sí: _____ No: _____ · Balitas de
almacenamiento Sí: _____ No: _____ · Otros dispositivos alternativos
necesarios para el procedimiento Sí: _____ No: _____

Anexo 6

Planillas para recolección de la información en los consultorios del médico y la enfermera de la familia de los GBT de la Policlínica Universitaria Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila. Consultorio del Médico de la Familia (CMF) No.:

_____ Equipo Básico de Salud (EBS) Completo: _____

Incompleto: _____ Existencia de médico Sí: _____ No:

_____ Existencia de enfermera Sí: _____ No: _____ Existencia

de personal médico y de enfermería con nivel de conocimiento para la aplicación del programa de control de cáncer de próstata Sí: _____

No: _____ Existencia de un local de consulta con condiciones mínimas de

privacidad e iluminación Sí: _____ No: _____ Existencia de guantes

en el local de consulta Sí: _____

No: _____

Anexo 7

Planillas para recolección de la información sobre actividades de superación como talleres, entrenamientos, así como investigaciones realizadas en el Área de Salud sobre esta temática

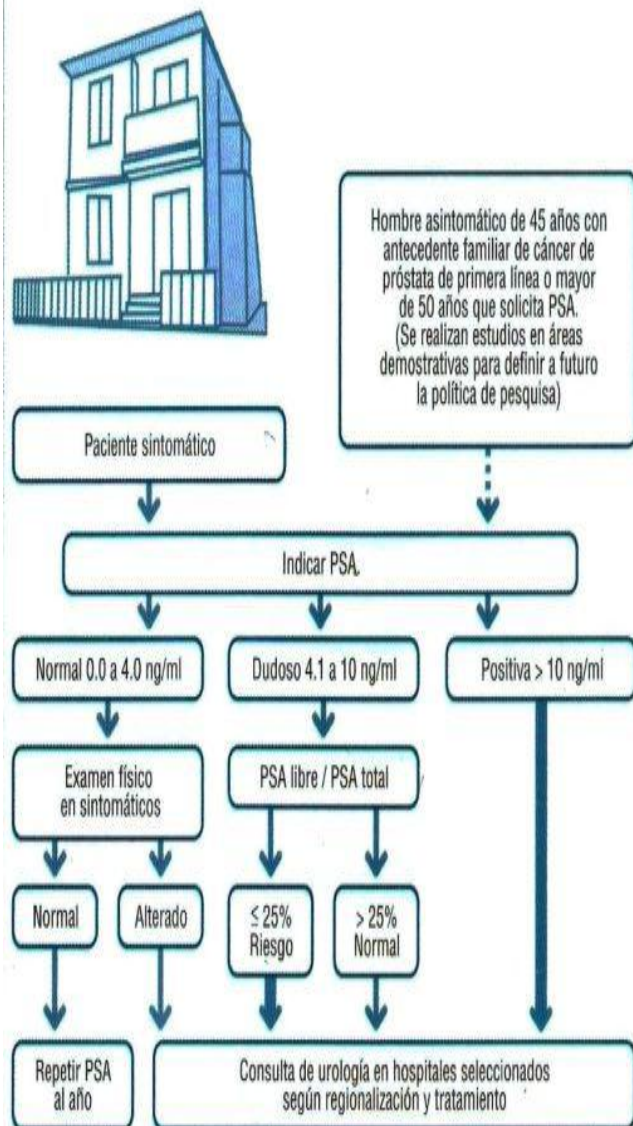
1 ¿Se ha entrenado en el último año el personal de los GBT y del Laboratorio? Si _____ No _____

2 ¿Se han ofertado por parte del área de salud cursos y talleres de entrenamientos? Si _____ No _____

3. ¿Hay algún personal de los GBT o del área de salud cursando maestrías sobre esta temática? Si _____ No _____.

Anexo 8

ALGORITMO DEL CONTROL DE CÁNCER DE PRÓSTATA



Para el diagnóstico temprano se indica la determinación del Antígeno Prostático Específico (PSA) a todo paciente con síntomas y signos de sospecha de cáncer de próstata (disuria, oliguria, polaquiuria, nicturia, cistitis, hemospermia, hematuria, tenesmo vesical, retención de orina, pérdida de fuerza del chorro de la orina, goteo, hematuria terminal, incontinencia, u otros).

Los hombres asintomáticos mayores de 45 años con antecedentes de cáncer de próstata en familiares de primera línea y los de 50 años o más que lo soliciten espontáneamente, se le indicará también determinación de PSA. Las muestras se procesarán en los laboratorios SUMA de los Centros Especializados de Pesquisa Activa Integral (CEPAI).